

О.О. Хаустова, д. мед. н., професорка, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Реабілітація пацієнтів із коронавірусною інфекцією: місце натуропатичної терапії у відновленні психічного здоров'я

У березні 2020 року Всесвітня організація охорони здоров'я оголосила COVID-19 пандемією. Експерти передбачили пов'язане з нею «цунамі» психічних захворювань із тривалим впливом на психічне здоров'я. Очікується, що поширеність психічних розладів зросте після пандемії через її довгострокові наслідки, обмежувальні заходи, такі як соціальне дистанціювання і карантин, а також соціально-економічне навантаження.

COVID-19 збільшує потребу в реабілітації — як для пацієнтів, які важко переносять хворобу, так і для тих, хто продовжує відчувати її довгострокові наслідки [2-4]. Три-валій COVID-19 включає симптоматичний COVID-19 (від 4 до 12 тижнів) і постковідний синдром (≥12 тижнів) [5]. Останній може бути розглянутий у період до 12 тижнів, при цьому також оцінюють можливість виникнення альтернативного основного захворювання. Імовірність розвитку симптоматичного COVID-19 або постковідного синдрому не пов'язана з тяжкістю перебігу гострого COVID-19. Така група хворих потребує нових підходів до реабілітації на основі нового досвіду курації пацієнтів із COVID-19 [6-8].

Клінічні прояви та наслідки COVID-19

Психологічний стрес — типова емоційна відповідь на підтвердження COVID-19 (48%) [9]. Його проявами є відчуття жалю, обурення та роздратування, а також ознаки тривоги з можливими нападами паніки, фобіями, безсонням й депресії з відчуттям самотності та безпорадності [9]. COVID-19 асоціюється із психічними проявами, включно з маренням або розгубленістю (до 65%), збудженням чи ажитациєю (до 69%), тривогою (34%), депресією (28%) та проблемами зі сном [7, 10, 11]. Підвищений ризик впливу COVID-19 на психічне здоров'я мають особи похилого віку, ті, хто страждає на хворобу Альцгеймера та патології, пов'язані з деменцією [12]. Важливо усвідомлювати, що когнітивні порушення можуть проявлятися або імітувати емоційні чи нервово-психічні симптоми. І навпаки, скарги на когнітивне функціонування інколи свідчать про емоційні проблеми [13].

Стресори, характерні для COVID-19, включають: страх захворювання та померти, бути соціально виключеним / поміщеним у карантин, втрату засобів до існування чи близьких та відчуття безпорадності, нудьги й самотності через ізоляцію. Ці стресори можуть спровокувати появу нових симптомів або посилити наявні психічні розлади за частотою та інтенсивністю проявів [6, 14].

Близько ¼ пацієнтів із COVID-19 після виписки з лікарні з негативним тестом ПЛР до півроку мають принаймні один симптом, пов'язаний із перенесеною інфекцією, зокрема ¼ перехворілих страждають на розлади сну, тривогу або депресію [15]. Найпоширенішими психологічними проблемами цього періоду є гострі стресові розлади (18,6%), тривожні симптоми та симптоми деморалізації (26,7%), депресія (10,5%) й ускладнене горювання (8,1%) [16]. Серед психіатричних наслідків COVID-19 наголошується на таких, як: депресія, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), соматоформний больовий, панічний розлади, а також синдром хронічної втоми та порушення якості життя [17, 18].

Стійкі психічні порушення у вигляді тривожності, депресії та ПТСР спостерігаються в осіб, що пережили критичний перебіг захворювання через один рік після виписки. У більшості пацієнтів із тяжким гострим респіраторним дистрес-синдромом в анамнезі були виявлені когнітивні розлади, зокрема труднощі з концентрацією уваги, порушення пам'яті та швидкості розумових процесів протягом року після хвороби («мозковий туман») [19].

Отже, медичний персонал повинен звертати увагу на стан психічного здоров'я пацієнтів із COVID-19 незалежно

від ступеня тяжкості захворювання, а за потреби проводити оцінку окремих психічних функцій та ймовірності психічних розладів [6]. Під час пандемії необхідний біопсихосоціальний підхід до профілактики, догляду та лікування, навіть тоді, коли увагу зосереджено на фізичних потребах пацієнта. Психологічна реабілітація забезпечує контроль психологічних потреб хворого на всіх етапах надання допомоги [20].

Визначення потреб та доказова база реабілітації

Необхідно проводити фізичне, когнітивне та психологічне оцінювання з метою визначення потреби та обсягу реабілітаційних послуг після COVID-19 для всіх, хто їх потребує. Існує три основних категорії пацієнтів із наслідками COVID-19, що потребують реабілітації, зокрема психологічної [21]:

1. *Пацієнти, що ніколи не потрапляли до лікарні з гострою хворобою, тобто впоралися самотійно.* Багато осіб, що повідомляли про симптоми постковідного синдрому, не потрапляли до лікарні під час гострої фази зараження:
 - якщо нові симптоми розвиваються через 6-12 тижнів після інфікування COVID-19, обстеження проводить лікар загальної практики для виключення/підтвердження альтернативного діагнозу; постковідний синдром може включати зміну симптомів та розвиток нових із часом, і це слід враховувати;
 - якщо не встановлено жодного альтернативного діагнозу, пацієнта слід обстежити за допомогою шкали функціонального статусу після COVID-19 (PCFS) для визначення подальшого обсягу реабілітації;
 - слід розрізняти наявні у пацієнта хронічні неінфекційні захворювання та ускладнення, пов'язані з COVID-19; клініцисти спільно із хворими можуть вирішити, що у разі загострень наявних хронічних неінфекційних патологій після зараження COVID-19 доцільніше лікуватися звичайним способом.
2. *Пацієнти, що, були госпіталізовані з COVID-19:*
 - лікар первинної медичної допомоги повинен надати хворим детальну інформацію з рекомендаціями щодо подальшого лікування, догляду та реабілітації;
 - пацієнти з резидуальними симптомами через шість тижнів після виписки мають бути оцінені лікарем (залежно від стану: очно, за допомогою відеозв'язку чи телефону) із плануванням подальших оглядів або направлення до іншого фахівця, коли це доречно;
 - пацієнти, в яких з'являються нові симптоми після 6-тижневого спостереження, повинні бути повторно оглянуті лікарем загальної практики;
 - оцінка та дослідження нових симптомів у хворого через шість тижнів на рівні вторинної або первинної медичної допомоги мають виключити альтернативний діагноз, а якщо не встановлено жодного — слід провести обстеження за допомогою шкали PCFS для визначення подальшого обсягу реабілітації.
3. *Пацієнти із COVID-19, які отримували лікування у відділенні реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ):*
 - пацієнти мають пройти комплексну оцінку потреб у реабілітації на етапі переходу до інших стаціонарних закладів; стаціонарну реабілітацію з визначеними цілями слід розпочинати негайно;
 - подальшу оцінку поточних потреб у реабілітації необхідно проводити під час виписки з лікарні з відповідним направленням до лікаря загальної практики, якщо це потрібно;



САФФРОН®

шафран, куркума,
Mg, Vit. B₆

- Саффрон® — натуральний багатофункціональний антидепресант без рецепта¹
- Саффрон® — баланс настрою та швидке позбавлення від стресу та тривоги²
- Саффрон® — нормалізація глибини та якості сну³

Листок-вкладиш до харчового продукту для дієтичної добавки «Саффрон».
Не є лікарським засобом. Додаток № 2 до звіту № 3/28-A-1645-20-68793E від 20.07.2020. Не слід застосовувати як заміну повноцінного раціону харчування. Має застереження до застосування. Зберігати у місцях, недоступних для дітей. Інформація надана скорочено. Перед застосуванням ознайомтеся з повним текстом листка-вкладиша. Виробник SENSILAB Polska Sp. z o.o. — S.K.A., ul. Gen. Mariana Langiewicza 58, 95-050 Konstantynów Łódzki, Польща на замовлення ТОВ «АСІНО УКРАЇНА», Україна, 03124, м. Київ, бульвар Вацлава Гавела, 8, тел.: +38 (044) 261-23-33.
1. Листок-вкладиш до харчового продукту для дієтичної добавки «Саффрон». Додаток № 2 до звіту №3/28-A-1645-20-68793E від 20.07.2020. 2. Shahmansouri N, Farokhnia M, Abbasi SH, et al. A randomized, double-blind, clinical trial comparing the efficacy and safety of Crocus sativus L. with fluoxetine for improving mild to moderate depression in post percutaneous coronary intervention patients. J Affect Disord. 2014;155:216-222. 3. Graham Kell, Amanda Rao, Gavin Beccaria, et al. affron® a novel saffron extract (Crocus sativus L.) improves mood and sleep quality in healthy adults over 4 weeks in a double-blind, parallel, randomized, placebo-controlled clinical trial, Complementary Therapies in Medicine 2017, 33: 58-64

ТОВ АСІНО УКРАЇНА | бульвар В. Гавела, 8 | Київ | 03124 | Україна
Компанія Acino Group, Швейцарія | www.acino.ua

acino
Швейцарські стандарти якості

Табл. 1. Анкета для самозвіту пацієнта за шкалою PCFS

Наскільки наразі постраждало ваше повсякденне життя від COVID-19? Будь ласка, вкажіть, яке з наведених тверджень стосується вас найбільше. Поставте галочку лише в одному полі	Поле	Оцінка за PCFS
Я не маю обмежень у щоденному житті, а також симптомів, болю, депресії чи тривоги		0
У щоденному житті я маю незначні обмеження, оскільки можу виконувати всі звичні обов'язки/діяльність, хоча все ще відзначаю постійні симптоми, біль, депресію або тривогу		1
Я страждаю від обмежень у щоденному житті, оскільки час від часу мені потрібно уникати або зменшувати звичні обов'язки/діяльність або збільшувати («наздоганяти») їх із часом через симптоми, біль, депресію чи тривогу. Однак я можу виконувати всі дії без сторонньої допомоги		2
Я страждаю від обмежень у щоденному житті, оскільки не можу виконувати всі звичні обов'язки/дії через симптоми, біль, депресію або тривогу. Однак я можу піклуватися про себе без сторонньої допомоги		3
Я страждаю від серйозних обмежень у щоденному житті: я не у змозі піклуватися про себе, тому залежу від сторонньої допомоги через симптоми, біль, депресію чи тривогу		4

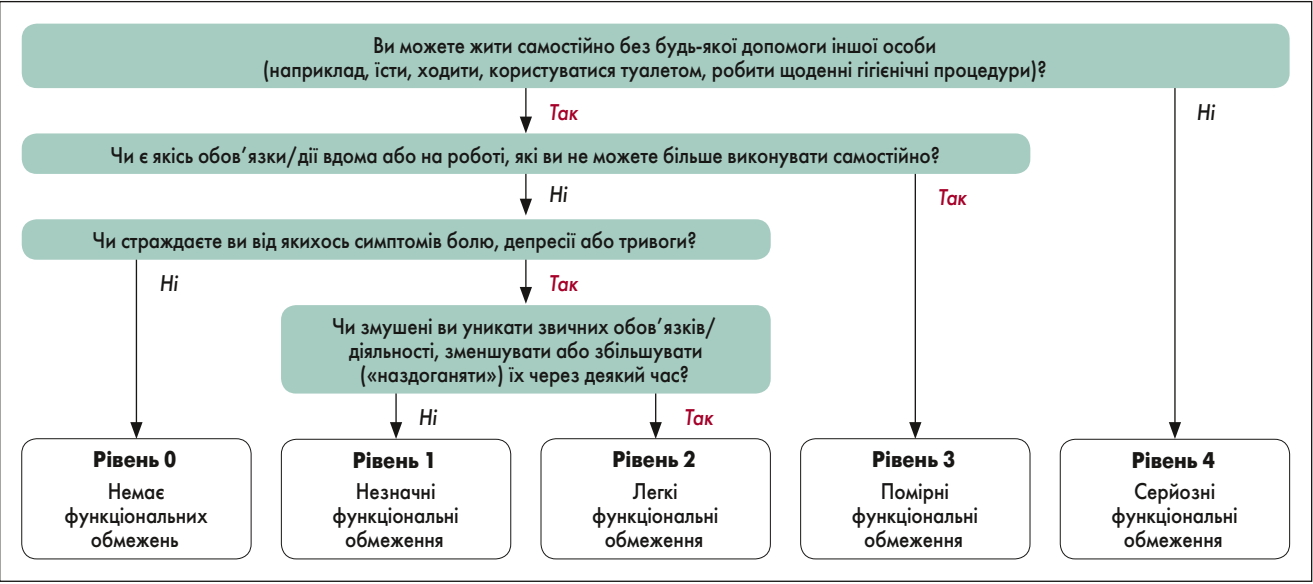


Рис. 1. Блок-схема для самозвіту пацієнта за шкалою PCFS

лікар первинної медичної допомоги має надати детальну інформацію з рекомендаціями щодо подальшого лікування, догляду та реабілітації, а повторну оцінку виконати через 4-6 тижнів після виписки;

- пацієнти, в яких з'являються нові симптоми після 6-тижневого спостереження, повинні бути повторно оглянуті лікарем загальної практики;
- оцінка та дослідження нових симптомів через шість тижнів повинні виключити альтернативний діагноз, а якщо не встановлено жодного — пацієнта слід обстежити за допомогою шкали PCFS для визначення подальшого обсягу реабілітації.

Оцінку потреб пацієнта у реабілітації потрібно проводити у формі самозвіту за шкалою PCFS (табл. 1). Якщо у пацієнта є когнітивні чи інші обмеження, що заважають надавати відповіді, член сім'ї або опікун може відповісти від його імені. Терміни проведення оцінки за шкалою PCFS визначаються категоріями пацієнтів (1-3), що підлягають реабілітації, та є такими: на першому прийомі у клініці після COVID-19; через 4-8 тижнів після першого прийому в клініці; через шість місяців після першого прийому в клініці [4]. Лікар визначає обсяг реабілітаційних заходів залежно від рівня функціональних обмежень (рис. 1).

Станом на сьогодні існує обмежена доказова база щодо ефективності реабілітації пацієнтів із COVID-19 на різних етапах надання медичної допомоги [22]. Рекомендації щодо неврологічної та психологічної реабілітації осіб із COVID-19 на основі консенсусу, що ґрунтується на фактичних даних, і рівні доказовості наведені у таблицях 2 та 3.

Психолого-психіатрична реабілітація

При тривалому COVID-19 акцент роблять на мультидисциплінарній реабілітації з використанням трудо-, фізіотерапії, психокорекції, психотерапії, психофармакотерапії щодо таких нейропсихіатричних симптомів, як-то стомлюваність, когнітивні порушення («мозковий туман», порушення концентрації уваги або проблеми з пам'яттю), інсомнія, тривога, депресія. Індивідуалізовані плани реабілітації формують відповідно до стадії терапії COVID-19, наявності супутніх психосоматичних станів, порушень щоденного функціонування пацієнта та зниження якості життя [6, 23].

Для вчасного виявлення емоційних порушень психічного здоров'я рекомендовано проводити оцінку стану за госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) та опитувальниками щодо якості життя [24].

Для пацієнтів, які відчувають симптоми тривоги, слід розглянути такі стратегії психосоціальної підтримки, як психологічна перша допомога, управління стресом та короткі психологічні втручання, основані на принципах когнітивно-поведінкової терапії [6, 25, 26]. Для осіб, які відчувають симптоми депресії, можуть бути застосовані короткі психологічні втручання, що ґрунтуються на принципах когнітивно-поведінкової терапії, терапія розв'язання проблем та вправи з релаксації [27].

Табл. 2. Рекомендації з неврологічної реабілітації	
Вид втручання	Рівень доказовості
У всіх пацієнтів із COVID-19 слід перевірити наявність будь-яких неврологічних симптомів, оскільки вони можуть бути гострими (під час активної інфекції) або відтермінованими (через тижні після інфекції). Для групи ризику (посткритична допомога або у разі залишкових когнітивних порушень) необхідно провести скринінг когнітивного функціонування за допомогою шкали MoCA	Рівень 2b
Варто запевнити пацієнтів, що легкі неврологічні симптоми, такі як головний біль, запаморочення, втрата запаху чи смаку, а також сенсорні зміни, найімовірніше, редукуються при мінімальному втручанні	Рівень 4
Необхідно поінформувати пацієнта, що неврологічні симптоми від легкого до середнього ступеня тяжкості можуть повністю редукуватися	Рівень 3b
Тяжкі симптоми потенційно можуть призвести до значних змін, що порушують життєве функціонування, тому хворим із середньою та тяжкою неврологічною симптоматикою рекомендовано стаціонарну мультидисциплінарну реабілітацію для максимального одужання	Рівень 5
Результати оцінки фізичного, когнітивного та загального функціонування слід розглядати в контексті повернення пацієнта до роботи відповідно до професійних умов	Рівень 5

Примітка: MoCA – монреальська шкала когнітивної оцінки.

Психологічна реабілітація передбачає використання психологічних втручань низької та високої інтенсивності. Психологічні заходи низької інтенсивності характеризуються спрощеною структурованою формою, є доказово ефективними для покращення окремих аспектів психічного здоров'я та психосоціального благополуччя особи незалежно від рівня тяжкості її проблем. Такі втручання для пацієнтів із COVID-19 та/або постковідним синдромом можуть бути здійснені лікарем первинної медичної допомоги з мінімальною підготовкою, а не лише спеціалістом-психологом чи психотерапевтом. Перший крок психологічного втручання, пов'язаного з COVID-19, передбачає надання пацієнтам (і родичам за допомогою телефону) оновлену та реалістичну інформацію про хворобу COVID-19. Для пацієнтів, які виявляють тривогу та гострі симптоми стресу, слід застосувати індивідуальні техніки релаксації, такі як м'язова релаксація, сканування тіла, контроль дихання та рефлексія з уявою [28]. Для контролю сильних негативних емоцій (наприклад, занепокоєння, суму) доцільними будуть методи заземлення, як психічні, так і фізичні [29].

Психологічні втручання високої інтенсивності є різновидами високоспеціалізованої психотерапії, яку проводять спеціально навчені, акредитовані для певного виду допомоги фахівці: психологи, психотерапевти та психіатри. Враховуючи усіх пацієнтів із COVID-19, високоспеціалізованого психологічного втручання потребує більш ніж третина після гострого періоду хвороби [16].

Для базової підтримки психічного здоров'я (подолання стресу, ознак тривоги або депресії, корекція порушення сну, когнітивних проблем) разом із психологічним втручанням та психосоціальною підтримкою (визначення потреб та проблем пацієнта, їх розв'язання) [30-32] доцільне використання комплексних натуропатичних засобів, таких як **Саффрон**, що містить (в одній капсулі) екстракт шафрану (*Crocus Sativus* L.) – 28 мг, екстракт кореня куркуми (*Curcuma Longa*, стандартизований до 95% куркуміну) – 50 мг, магній у формі карбонату магнію – 50 мг, вітамін B₆ – 5,4 мг.

Шафран (*Crocus Sativus* L.) – південно-західна азіатська рослина, яка належить до родини *Iridaceae*. Окрім цінності як спеції, харчової добавки та барвника, він також є ефективною лікарською рослиною із протисудомною, протизапальною, протипухлинною, антиоксидантною, а також прокогнітивною та антидепресивною фармакологічною дією [33-37].

За даними клінічних досліджень, за антидепресивною дією екстракт шафрану не поступається за ефективністю селективним інгібіторам зворотного захоплення серотоніну (СИЗС), як-от флуоксетин, циталопрам, та трициклічним антидепресантам (іміпрамін) [37-41]. Механізм антидепресивного ефекту шафрану до кінця не вивчений, але відомо, що він пов'язаний із метаболізмом серотоніну [39].

Закінчення на наст. стор.

Підтримка ПОЛЕГШУЄ ЖИТТЯ



ЕСЦИТАМ® АСИНО
ЕСЦИТАЛОПРАМ

■ Доведена ефективність при депресіях і тривогах¹⁻⁵

■ Біоеквівалентний оригінальному есциталопраму⁶

■ Один з найдоступніших за ціною есциталопрамів в Україні⁷

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату ЕСЦИТАМ АСИНО
Діюча речовина. Есциталопрам. Лікарська форма. Таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг або 20 мг. Фармакотерапевтична група. Антидепресанти. Фармакологічні властивості. Есциталопрам є антидепресантом, селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну, що зумовлює клінічні і фармакологічні ефекти препарату, має високу спорідненість до основного зв'язувального елемента і суміжного з ним алостеричного елемента транспортера серотоніну та не має зовсім або має дуже слабку здатність зв'язуватися з низкою рецепторів, включаючи серотонінові 5-HT_{1A}-, 5-HT₂-рецептори, дофамінові D₁- та D₂-рецептори, α₁-, α₂-, β-адренергічні рецептори, гістамінові H₁, M-холінергічні рецептори, бензодіазепінові та сплітні рецептори. Показання. Лікування великих депресивних епізодів, панічних розладів з або без агорафобії, соціальних тривожних розладів (соціальна фобія), генералізованих тривожних розладів, обсессивно-компульсивних розладів. Протипоказання. Підвищена чутливість до есциталопраму або до інших компонентів препарату, одночасне лікування інгібіторами MAO або пімозидом. Побічні реакції. Нудота, зниження або посилення апетиту, діарея, запор, блювання, сухість у роті, тривога, неспокій, анормальні сни, зниження лібідо, анорексія у жінок, безсоння, сонливість, запаморочення, парестезія, тремор, синусити, позікання, посилене потовиділення, артралгія, міалгія, розлади еякуляції у чоловіків, імпотенція, втоми, пірекісія, збільшення маси тіла, симптом відміни тощо. Категорія відпуску. За рецептом. Р. П. МОЗ України: № UA/15764/01/01, UA/15764/01/02 Наказ МОЗ України №69 від 31.01.2017, Виробник: ТОВ «Фарма Старт», Україна, 03124, м. Київ, бульвар В. Гавела, 8, ТОВ «Фарма Старт» входить до групи компанії Асіно (Швейцарія). Повна інформація знаходиться в інструкції для медичного застосування препаратів. Інформація для медичних установ та лікарів, для розміщення в спеціалізованих виданнях для медичних установ та лікарів, і для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики.

1. Інструкція для медичного застосування препарату Есцитам, Р. П. МОЗ України: № UA/15764/01/01, UA/15764/01/02, Наказ МОЗ України №69 від 31.01.2017, 2. Boulenger et al, Curr Med Res Opin 2006; 22:1331-4, 3. Khan et al, Clin Drug Invest 2007; 27 481-92, 4. Montgomery et al, Int J Psychopharmacology 2006; 21 297-309, 5. Baldwin et al, Br J Psychiatry 2006;189 264-1, 6. B ioequivalence Study Number 2007-003996-38, Clin. Report, Dec. 2007, Summary, p. 8, 7. Тижневик «Аптека», <http://www.apteka.ua>

ТОВ АСІНО УКРАЇНА | бульвар В. Гавела, 8 | Київ | 03124 | Україна
Компанія Acino Group, Швейцарія | www.acino.ua

acino
Швейцарські стандарти якості

Початок на стор. 30

Також було показано, що шафран покращує сексуальну функцію, яка може порушуватися при застосуванні деяких антидепресантів із групи СІЗЗС [33, 39]. Шафран можна розглядати як альтернативу психотерапії або синтетичним антидепресантам при лікуванні легкої та помірної депресії [40].

Крім того, було виявлено, що прокогнітивна дія шафрану при хворобі Альцгеймера зіставна з дією донепезилу. В пацієнтів з ожирінням шафран здатен знизити частоту перекусів. Також за даними клінічних досліджень, проведених за участю жінок із передменструальним синдромом, шафран може зменшити симптоми страждання подібно до стандартних методів лікування [35, 42].

Куркумін, активний компонент південно-азійської спеції куркуми, яка є членом сімейства імбирних (*Zingiberaceae*) й у традиційній китайській медицині використовується для ефективного подолання стресу та ознак депресії. Окрім антидепресивної дії, куркумін підсилює нейрогенез у гіпокампі подібно до імпраміну [43]. Також доведено, що куркумін уповільнює вікове погіршення когнітивного функціонування, а також знижує ризик серцево-судинних захворювань та цукрового діабету [44].

Карбонат магнію бере участь у низці біохімічних процесів, що мають вирішальне значення для роботи серцево-судинної, травної, ендокринної та опорно-рухової систем. Антидепресивний потенціал сполук магнію підтверджений результатами численних клінічних досліджень. Він відіграє життєво важливу модулюючу роль у біохімії мозку, впливаючи на кілька нейротрансмітерних шляхів, пов'язаних із розвитком депресії.

Погане харчування, шлунково-кишкові та ниркові захворювання, резистентність до інсуліну та/або цукровий діабет 2-го типу, алкогольна хвороба, стрес та деякі ліки можуть призвести до дефіциту магнію. Зміни особистості, включно з апатією, депресією, збудженням, розгубленістю, занепокоєнням і маренням, спостерігаються тоді, коли наявний дефіцит цього елемента. Доведено, що добавки магнію добре

переносяться і підвищують ефективність традиційних методів лікування антидепресантами, що може стати цінним доповненням до стандартних методів лікування депресії [45].

Вітамін В₆ (піридоксин) є коензимом низки ферментів, які відіграють важливу роль у загальному метаболізмі амінокислот. Через декарбоксилювання вони залучаються до утворення фізіологічно активних амінів (адреналіну, гістаміну, серотоніну, дофаміну, тираміну), через трансамінування — до анаболічних і катаболічних процесів обміну. Піридоксин (вітамін В₆) необхідний для метаболізму різних нейротрансмітерів, які вважаються важливими у патофізіології депресії, та, як відомо, корисний при погіршенні симптомів депресії. Вітамін В₆ також займає певне місце у процесі метаболізму триптофану [46].

Отже, Сафрон може бути рекомендований як дієтична добавка з високим профілем безпеки, що є додатковим джерелом магнію, вітаміну В₆, сприяє балансу настрою, регулюючи серотонінергічну, дофамінергічну та глутамінергічну системи та зменшуючи депресивні симптоми. Він також посилює стійкість до психічного і стресового напруження, знижує втому та дратівливість, сприяє розумовій рівновазі, підтримує мозкову функцію та покращує якість сну. Сафрон позитивно впливає на статеве життя та статеві функції (чоловіків і жінок), а також зменшує сексуальні порушення при застосуванні деяких антидепресантів класу СІЗЗС. Він може бути засобом вибору в пацієнтів із підпороговою депресією, у тих, хто не може або відмовляється використовувати антидепресанти, а також як допоміжний засіб при терапії СІЗЗС для запобігання розвитку сексуальної дисфункції.

Варто зауважити, що симптоми легкої тривоги та/або легкої депресії припускають подальше застосування психологічних та фармакологічних інтервенцій силами досвідчених фахівців (лікарів загальної практики і т.д.) без обов'язкового залучення психіатра [5, 47]. Якщо симптоми тривоги або депресії зберігаються після одужання від COVID-19 та/або виписки з лікарні, можна запідозрити тривожний або депресивний розлад

та проконсультуватися з фахівцем у галузі психічного здоров'я для подальшого належного лікування [48].

У більшості міжнародних настанов у межах терапії першої лінії депресивних розладів рекомендоване використання генериків СІЗЗС на підставі оптимального поєднання ефективності, переносимості, співвідношення ризику й користі та вартості препарату [49]. Причому за наявності у пацієнта одночасно депресії та тривоги першочергово необхідно лікувати депресію. Есциталопрам (**Есцитам**) може бути препаратом першої лінії для лікування депресивних (великого депресивного розладу) і тривожних розладів (панічних розладів з/без агорафобії, соціальних, генералізованих тривожних, obsесивно-компульсивних розладів) зі сприятливим профілем безпеки, зокрема порівняно з іншими СІЗЗС [50].

При виявленні тяжких психіатричних симптомів або ризику самоушкодження/самогубства необхідна термінова консультація психіатра. Слід також залучати психіатра (краще у складі мультидисциплінарної команди) для курації психічних захворювань середнього/тяжкого ступеня або складних психосоматичних розладів.

Література

1. Tandon R. Covid-19 and mental health: preserving humanity, maintaining sanity, and promoting health // Asian J Psychiatr. — 2020. — Vol. 50.
2. Galea S., Merchant R.M., Laurie N. The mental health consequences of Covid-19 and physical distancing: the need for prevention and early intervention // JAMA Intern Med. — 2020. — Vol. 180 (6). — P. 817-818.
3. Rehabilitation: a framework for continuity and recovery 2020 to 2021. A framework to help organisations plan rehabilitation services following the coronavirus pandemic; <https://gov.wales/rehabilitation-framework-continuity-and-recovery-2020-2021.html>.
4. Spruit M.A., Holland A.E., Singh S.J., Tonia T., Wilson K.C., Troosters T. COVID-19: interim guidance on rehabilitation in the hospital and post-hospital phase from a European Respiratory Society-and American Thoracic Society-coordinated international task force // European respiratory journal. — 2020. — 56 (6); DOI: 10.1183/13993003.02197-2020.
5. COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. NICE guideline. Published: December 18, 2020; www.nice.org.uk/guidance/ng188.
6. Clinical management of COVID-19 WHO 2020; <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-covid-19>.
7. Gorna R. et al. Long COVID guidelines need to reflect lived experience // The Lancet. — 2021. — T. 397. — № 10273. — C. 455-457.
8. Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Post-COVID-19 global health strategies: the need for an interdisciplinary approach // Aging Clin Exp Res. — 2020. — 32 (8). — P. 1613-1620; doi:10.1007/s40520-020-01616-x.
9. Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment, 2020; <https://covid-19.alibabacloud.com>.
10. Helms J., Kremer S., Merdji H., Clere-Jehl R., Schenck M., Kummerlen C. et al. Neurologic Features in Severe SARS-CoV-2 Infection // N Engl J Med, 2020.
11. Mao L., Jin H., Wang M., Hu Y., Chen S., He Q. et al. Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China // JAMA Neurol, 2020; Epub 2020/04/11.

Повний список літератури, який включає 50 пунктів, знаходиться в редакції.
UA-ESCI-PUB-032021-017

Табл. 3. Рекомендації з психологічної реабілітації

Вид втручання	Рівень доказовості
У гострій фазі COVID-19 можуть допомогти ефективне спілкування, соціальний контакт (хоча й віддалено) та інформаційний лист для пацієнтів	Рівень 5
Пацієнти мають бути повторно оглянуті на етапі одужання для виявлення несприятливих психологічних наслідків COVID-19. Цей огляд повинен зосередитися на настрої та самопочутті. Медичних працівників, які перенесли COVID-19, слід вважати групою високого ризику	Рівень 5
Слід проводити активний моніторинг (постійний огляд) тих пацієнтів, які мають підпорогові психологічні симптоми	Рівень 1a
Звернення до психологічних служб та застосування ТФ-КПТ, СРТ або EMDR є доцільними для пацієнтів із помірними/тяжкими ПТСР	Рівень 1a
Примітки: ТФ-КПТ – травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія, СРТ – терапія когнітивної обробки, EMDR – десенсибілізація та репроцесуалізація за допомогою руху очей.	

ДАЙДЖЕСТ

НЕВРОЛОГІЯ

Чи існує взаємозв'язок між обструктивним апное сну і когнітивними порушеннями?

Згідно з даними нового дослідження вчені дійшли висновків, що понад 50% пацієнтів із когнітивними порушеннями мають обструктивне апное сну (ОАС). Також виявлено, що тяжкість ОАС корелює зі ступенем когнітивних порушень та якістю сну. Отримані результати будуть представлені на щорічних зборах Американської академії неврології (AAN) у квітні 2021 року.

Було показано, що ОАС поширене у пацієнтів із когнітивними порушеннями. Як вважає член групи дослідників David Colelli, д. мед. н., координатор випробувань у Центрі наук про здоров'я Sunnysbrook в Онтаріо (Канада), особи з когнітивними порушеннями мають пройти обстеження із приводу апное сну, якщо у них виникли труднощі чи симптоми, пов'язані зі сном.

ОАС, асоційоване з когнітивними порушеннями. ОАС є загальним розладом сну, що пов'язаний із підвищеним ризиком розвитку когнітивних порушень. Апное сну також поширене в загальній популяції, але ще частіше зустрічається серед пацієнтів із деменцією.

Вчені провели попереднє техніко-економічне обґрунтування, оцінюючи домашній монітор сну як інструмент скринінгу ОАС. Під час поточного дослідження вивчали потенційні кореляції між ОАС, виявленими цим монітором, і когнітивними розладами.

У дослідженні взяли участь 67 пацієнтів (середній вік – 72,8 року; 44,8% – чоловіки) із когнітивними порушеннями через нейродегенеративне або судинне захворювання. Спектр розладів включав хворобу Альцгеймера (ХА), легкі когнітивні порушення, зумовлені ХА, деменцію внаслідок хвороби Паркінсона, деменцію з тільцями Леві, а також судинні ураження. Середній індекс маси тіла учасників становив 25,6.

Пацієнти пройшли домашній тест апное сну, який є альтернативою полісомнографії для виявлення ОАС. Згідно з результатами, ОАС було виявлено у 52,2% осіб. За словами D. Colelli, цей показник перебуває у діапазоні значень, що були отримані в інших дослідженнях, у яких вивчали сон і когнітивні порушення. Однак у загальній популяції цей відсоток набагато нижчий – у межах 10-20%. Також вчений підкреслив, що без об'єктивного тесту деякі пацієнти можуть не знати про наявність проблем зі сном. Іншими словами, ті, хто має когнітивні порушення, можуть неправильно оцінювати якість сну.

Чи існує двонаправлений зв'язок? Учасники дослідження заповнювали анкети, що включали запитання про сон, мислення, настрої. Також пацієнти пройшли тест за 30-бальною монреальською шкалою оцінки когнітивних функцій (MoCA) для аналізу

мовлення, зорово-просторових здібностей, пам'яті та абстрактного мислення. Оцінка за цим тестом коливається від 0 до 30 балів:

- >26 балів трактується як норма;
- 18-25 балів – м'яке когнітивне порушення;
- <17 – від помірного до тяжкого когнітивного порушення.

Середній бал у учасників дослідження з ОАС становив 20,5 порівняно із 23,6 серед тих, хто не мав розладів сну. Як зазначив доктор Colelli, ОАС було пов'язане з меншою оцінкою за шкалою MoCA, що продемонструвало кореляцію ОАС із нижчими когнітивними показниками. Аналіз також показав, що тяжкість ОАС асоціювалася зі змінними сну, отриманими з актиграфії, включно з меншою тривалістю і гіршою ефективністю сну, труднощами засинання та більшою кількістю пробуджень.

Хоча результати дослідження підтверджують наявність зв'язку між сном і когнітивними порушеннями, напрямком цієї кореляції, за словами D. Colelli, не зовсім зрозумілий. Поступово стає зрозумілим, що зв'язок може бути двонаправленим, де апное сну спричиняє когнітивні порушення, а вони, своєю чергою, – проблеми зі сном.

Дані дослідження підкреслюють, наскільки важливий сон для психічного здоров'я. Виявлення проблем зі сном у пацієнтів із когнітивними порушеннями є важливим, оскільки лікування та контроль цих клінічних аспектів може вплинути на результати, зокрема процеси мислення та якість життя.

Майбутні дослідження мають бути спрямовані на визначення того, чи може лікування порушень сну поліпшити результати корекції когнітивних порушень. Також необхідно вивчити поширеність ОАС у більших когортах.

ОАС поширене, але недоліковане. Lei Gao, д. мед. н., доцент кафедри наркозу в Гарвардській медичній школі у Бостоні (Массачусетс, США), з-поміж різних сфер діяльності, вивчає розлади когніції, сну та циркадний ритм. Він вважає висновки дослідження важливими і підкреслює, наскільки поширеним і потенційно недооціненим є ОАС у старшій віковій групі, зокрема, його зв'язок із когнітивними порушеннями.

Як зазначає науковець, ОАС часто пов'язане зі значними супутніми розладами. Буде цікаво встановити, наскільки тісна кореляція між ОАС і когнітивними порушеннями, та з'ясувати, чи ОАС більшою мірою пов'язане з деменцією судинної етіології через загальні фактори ризику, чи поширене для всіх форм деменції у зв'язку з поганим сном або порушення циркадних циклів відпочинку/активності».